

Al Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto: istanza di ammissione al servizio di assistenza domiciliare anziani SAD.  
Progetto Azione 2“ un operatore per amico” Piano di Zona 2018-2019.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel./cell. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

CHIEDE

- Per se stesso
- Per il proprio familiare (indicare il grado di parentela)  
*(Inserire i dati del beneficiario solo se diversi dal richiedente)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nat \_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Tel \_\_\_\_\_

L'ammissione al servizio di assistenza domiciliare per la realizzazione del progetto proposto dal distretto socio sanitario 41.

A tal fine

Dichiara

- Di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_;
  - Di non fruire di altri servizi domiciliari erogati da enti pubblici;
  - Di fruire di altri servizi domiciliari erogati da enti pubblici, specificare quale servizio:  
\_\_\_\_\_
  - Di vivere solo;
  - Che il nucleo di convivenza familiare è così composto:

| NOME E COGNOME | GRADO DI PARENTELA | PRESENZA DI FAMILIARI DISABILI O ANZIANI |
|----------------|--------------------|--|
|                |                    |  |
|                |                    |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## CHIEDE

(Indicare uno o più servizi richiesti)

- attività di aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane;
- attività di sostegno alla mobilità personale, attività di aiuto nel disbrigo di pratiche sanitarie e/o amministrative, acquisto generi alimentari e farmaci all'interno del proprio comune di residenza;
- interventi sull'ambiente di vita: interventi di pulizia ordinaria dell'alloggio con particolare riguardo ai servizi igienici, alla stanza da letto e alla cucina;
- igiene e cura della persona;

Allega alla presente:

- copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- certificazione sanitaria attestante la condizione di parziale autosufficienza o di fragilità del soggetto (verbale della Commissione invalidi civili o certificazione attestante la condizione di invalidità ai sensi della L. 104/92, o certificato del medico di medicina generale, attestante la parziale o non autosufficienza);
- Attestazione ISEE in corso di validità;

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto. Il Comune di residenza e il Comune di Partinico (capofila) trattano i dati personali nel rispetto del Regolamento Europeo per la Protezione dei dati personali (UE) GDPR 2016/679, del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i. Il/La sottoscritto/a interessato/a, con la firma apposta alla presente autorizza al trattamento dei dati personali per le finalità connesse con la richiesta.

Data e luogo \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_